

CONSULTA EN SALA

UNIVERSIDAD DEL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE SALUD PUBLICA

TESIS
2371

CONDICIONES DE VIDA Y SALUD EN LA ARGENTINA



**USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR**

PROF. DRA. MARIA CARMEN LUCIONI

TESIS DE DOCTORADO EN SALUD PUBLICA

OCTUBRE DE 1993

**Universidad del Salvador
Sala de Lectura
de Medicina**



Padrino de Tesis: Prof. Dr. Adolfo A. Lizárraga

**USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR**

INDICE

CAPITULO I - SITUACION GENERAL DE SALUD Y SUS TENDENCIAS

1.1 - SALUD Y CONDICIONES DE VIDA

1.1.1 - Evolución de la Salud Espacio Poblacional y Percepción y Estado de la Salud y de las condiciones de vida operacionales en áreas de salud secundarias (ASL).

1.1.2 - Evolución de la Salud y Condiciones de Vida

2. FORMACION

1.3 - MORTALIDAD

1.4 - MORBILIDAD

CAPITULO II - LOS PROBLEMAS DE SALUD

1.1 - La Salud Perinatal y del niño

1.1.1 - La Salud del Feto y del Niño y la Salud.

1.1.2 - La Salud de la Mujer

1.1.3 - La Salud de los adolescentes

1.1.4 - La Salud de los trabajadores



PROF. MARIA CARMEN LUCIONI

USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

1.2 - Enfermedades transmisibles y no transmisibles.

1.2.1 - Enfermedades transmisibles.

1.2.2 - Enfermedades y enfermedades infecciosas transmisibles.

1.2.3 - Enfermedades Respiratorias, Tuberculosis, Lepra y otras Zoonosis.

1.2.4 - Enfermedades y enfermedades de transmisión sexual.

1.2.5 - Enfermedades y Deficiencias de la Nutrición y del Metabolismo.

1.2.6 - Enfermedades Cardiovasculares.

1.2.7 - Tumores.

1.2.8 - Lesiones y Violencia.

1.2.9 - Trastornos del Comportamiento y Distribución de drogas, alcoholismo, drogadicción, trastornos mentales, discapacidades.

1.2.10 - Salud Oral.

1.3 - Riesgos derivados de problemas del ambiente físico.

1.3.1 - Riesgos del Medio Laboral.

1.3.2 - Desastres naturales y Contaminación de Alimentos.

1.3.3 - Vivienda y Urbanización.

INDICE

CAPITULO I - SITUACION GENERAL DE SALUD Y SUS TENDENCIAS

I. 1 - SALUD Y CONDICIONES DE VIDA

I. 1.1 - Estratificación de Unidades Espacio- Poblacionales(Provincias y Municipios) con base de variables de condiciones de vida operacionalizada en forma de datos secundarios (NBI).

I. 1. 2 - Indicadores de Salud y Condiciones de Vida

I. 2 - POBLACION

I. 3 - MORTALIDAD

I. 4 - MORBILIDAD

CAPITULO II - LOS PROBLEMAS ESPECIFICOS DE SALUD

II. 1 a) La salud Perinatal y del niño.

II. 1 b) La salud del Adolescente y Adultos.

II. 1 c) La salud de la Mujer.

II. 1 d) La salud a partir de los 65 años.

II. 1 e) La salud de los Trabajadores.

II. 2 a) Enfermedades transmitidas por vectores.

II. 2 b) Enfermedades inmunoprevenibles.

II. 2 c) Cólera y otras enfermedades infecciosas intestinales.

II. 2 d-e-f) Enfermedades Respiratorias, Tuberculosis; Lepra y Rabia y otras Zoonosis

II. 2 g) SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.

II. 2 h) Enfermedades y Deficiencias de la Nutrición y del Metabolismo.

II. 2 i) Enfermedades Cardiovasculares.

II. 2 j) Tumores.

II. 2 k) Accidentes y Violencia.

II. 2 l) Transtornos del Comportamiento y Discapacitación(alcoholismo, tabaquismo drogas, transtornos mentales, discapacidades)

II. 2 m) Salud Oral.

II. 3 a) Riesgo derivados de problemas del ambiente físico.

II. 3 b) Riesgos del Medio Laboral.

II. 3 c) Desastres naturales y Contaminación de Alimentos.

II. 3 d) Vivienda y Urbanización.

CAPITULO I

SITUACION GENERAL DE SALUD Y SUS TENDENCIAS



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

I.1 - SALUD Y CONDICIONES DE VIDA

A partir de las sucesivas crisis económicas que vivió la República Argentina en la década del 80, caracterizada por un proceso inflacionario fuera de control, estancamiento de la productividad industrial e incapacidad del país para financiar su balanza de pagos, las condiciones de vida de los grupos poblacionales de mediano y bajos ingresos sufrió un importante deterioro que -salvo en el caso de enfermedades muy determinadas- es difícil de cuantificar con los indicadores habituales de salud negativa.

Asimismo y en forma concomitante, ha crecido enormemente la deuda externa y sus intereses, mientras tenían menor valor relativo nuestros productos agropecuarios y crecía el déficit de balanza de pagos, todo ello en un contexto de dificultosa reinserción democrática y gran inestabilidad social. El Estado ha sufrido la necesidad de compensar con su sistema sanitario y educativo el referido crecimiento de la pobreza estructural y la pauperización de buena parte de la clase media, aún con presupuestos ya magros históricamente.

El comienzo de la presente década trajo aparejado ingentes esfuerzos estatales para lograr detener la inflación y mejorar las condiciones macro y microeconómicas, proceso hasta el momento exitoso y en pleno desarrollo, aunque resulta difícil predecir un resultado definitivo. Acompaña a esta evidente prioridad, profundos ajustes y cambios socioeconómicos y políticos, ligados a

la transferencia de responsabilidades a nivel provincial y municipal, privatizaciones de empresas estatales, flexibilizaciones de los regímenes laborales y procesos de racionalización forzados (1)

El activo proceso de desconcentración y descentralización llevó a las jurisdicciones a tener responsabilidades crecientes, no siempre posibles de asumir por falta de financiación, de tecnologías apropiadas o de recursos humanos capacitados. En general, las políticas de ajuste han llevado a un estado de alta incertidumbre, siendo difícil de evaluar su presunto costo social, ya que se han deteriorado aún más los mecanismos de monitoreo, en parte por falta de prioridad presupuestaria, en parte por la citada transferencia y las propias dificultades técnicas que genera.

Actualmente aún subsisten factores de riesgo económico, como el aumento de precios al consumidor del 43 %, el déficit comercial, las dificultades en financiar la balanza de pagos y en generar inversiones, la desaceleración de la actividad económica y el endeudamiento externo, con secuelas de desocupación y subocupación que alcanzan cifras preocupantes (7% y 17%, respectivamente, en 1990) (2).

En este contexto, el estudio de las modificaciones que sobre el estado previo de salud pudieran haber tenido dichos cambios socioeconómicos y políticos -por otra parte comunes a muchos otros países latinoamericanos- tropieza con la dificultad de la ausencia de datos oportunos, sensibles y que permitan describir y analizar el impacto diferencial de la crisis y de las acciones de salud y bienestar sobre los estratos sociales.

En este aspecto cabe considerar que se han producido dos fenómenos; a) la aparición o crecimiento de diversas patologías,

fruto de desfavorables condiciones de vida en regiones donde no hubo cambios -ni positivos, ni negativos- en por lo menos los últimos veinte años (cólera, tuberculosis) y b) la aparición o crecimiento de problemas de salud ligados a las políticas de ajuste (patologías psiquiátricas, cambios nutricionales).

Podríase describir un tercer fenómeno relacionado con la coetánea incapacidad de los indicadores de morbilidad habitualmente utilizados para registrar estos cambios, pues o no registran variaciones en las tendencias históricas o aún algunos mejoran año tras año.

Estas relaciones entre salud y condiciones de vida pueden ser estudiadas en Argentina de dos maneras; por el impacto en la morbilidad diferencial en diversas poblaciones medidas por el indicador de NBI, y por la tendencia de indicadores clásicos. Debe señalarse que ambas estrategias pueden generar determinados sesgos, pero al presente son las únicas posibles para operacionalizar aquella relación.

Utilizar el NBI tiene el inconveniente de estratificar con un solo indicador y aún se cuestiona su propia metodología (KATZENSTEIN, 1993), pero permite diferenciar estratos geográfico-poblacionales, especialmente si se reagrupan los datos a nivel de municipios.

Utilizar los indicadores clásicos no permite objetivar cambios a corto plazo, ni de deterioro ni de impacto positivo de actividades de intervención y en última instancia solo nos dicen de que se mueren las poblaciones y no con que o de que forma se mueren o como han vivido, y mucho menos si han empeorado. Empero debe aprovecharse al máximo su existencia y analizarlos exhaustivamente con un criterio comprensivo.

I.1.1 - ESTRATIFICACION DE UNIDADES ESPACIO-POBLACIONALES (PROVINCIAS Y MUNICIPIOS) CON BASE A VARIABLES DE CONDICIONES DE VIDA OPERACIONALIZADAS EN FORMA DE DATOS SECUNDARIOS (NBI).

El INDEC de Argentina realizó en Noviembre de 1985 un estudio de los indicadores de necesidades básicas insatisfechas (NBI) a partir de los datos del censo nacional de población y vivienda de 1980, tomando en cuenta hacinamiento, vivienda, condiciones sanitarias, asistencia escolar y capacidad de subsistencia (3).

Este trabajo no ha sido actualizado, a pesar de que el Comité Ejecutivo para el Estudio de la Pobreza en la Argentina trabajó, entre 1988 y 1992, con otra metodología, el "Agglomerado Gran Buenos Aires, que abarca la Capital Federal y los 19 Partidos del conurbano con 10.8 millones de habitantes según el censo de 1990. Para la región anotada se habría producido un mejoramiento importante de las condiciones de vida medidas por la denominada "línea de pobreza" y "línea de indigencia" a pesar de que aún 2,2 millones de personas (500.000 hogares con familia tipo) persisten en condiciones de pobreza crítica (4). (Cuadro 1 y Figs. 1 y 2).

CUADRO NRO. I.1.1.1
ANALISIS COMPARATIVO POBLACIONAL SEGUN LINEAS DE
POBREZA O INDIGENCIA

AÑO	POBLACION	
	BAJO LINEA DE POBREZA	BAJO LINEA DE INDIGENCIA
1988	34 %	6,4 %
1992	20,2 %	2,4 %

FIGURA NRO. I.1.1.1
POBLACION BAJO LINEA DE POBREZA 1988-1991

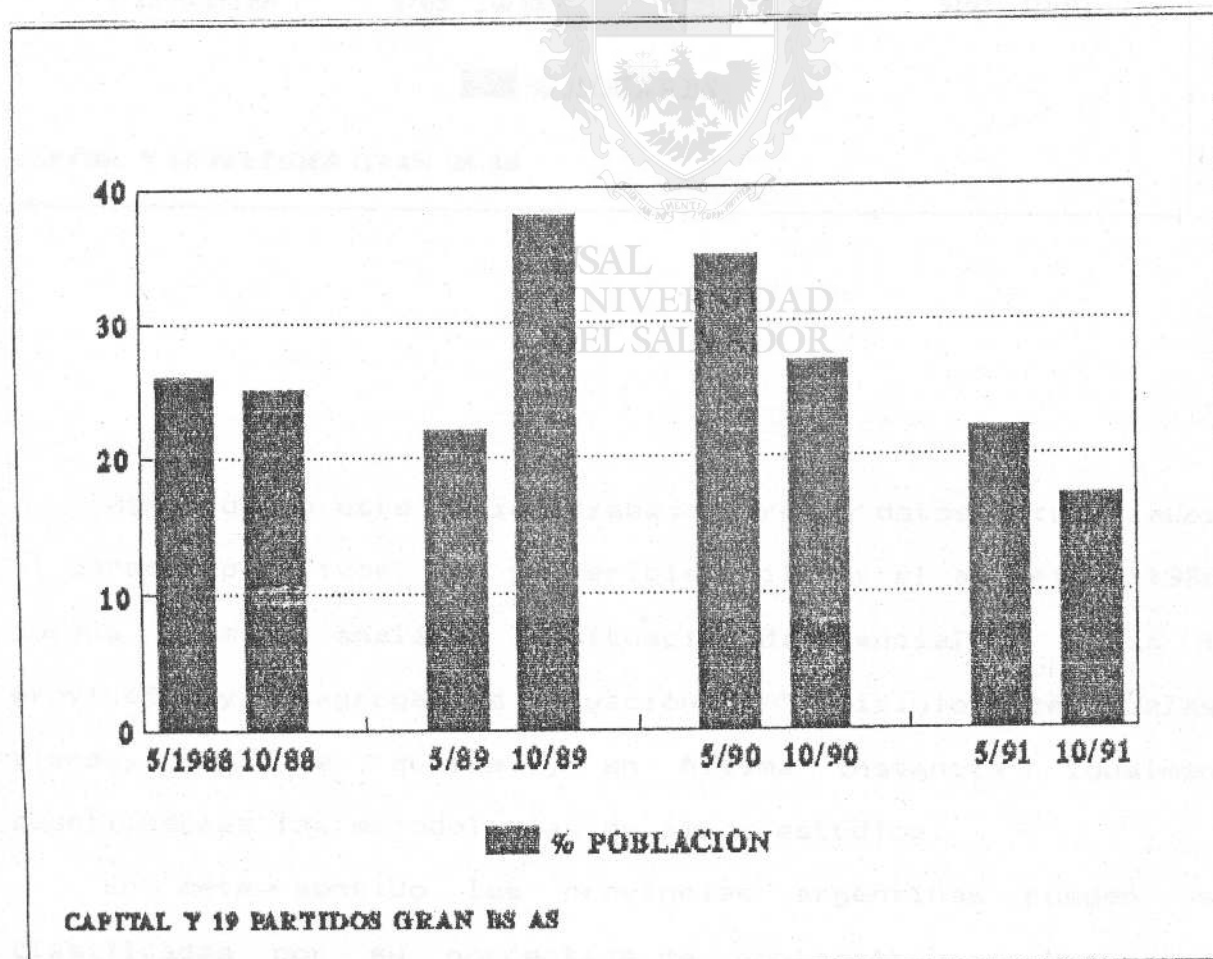
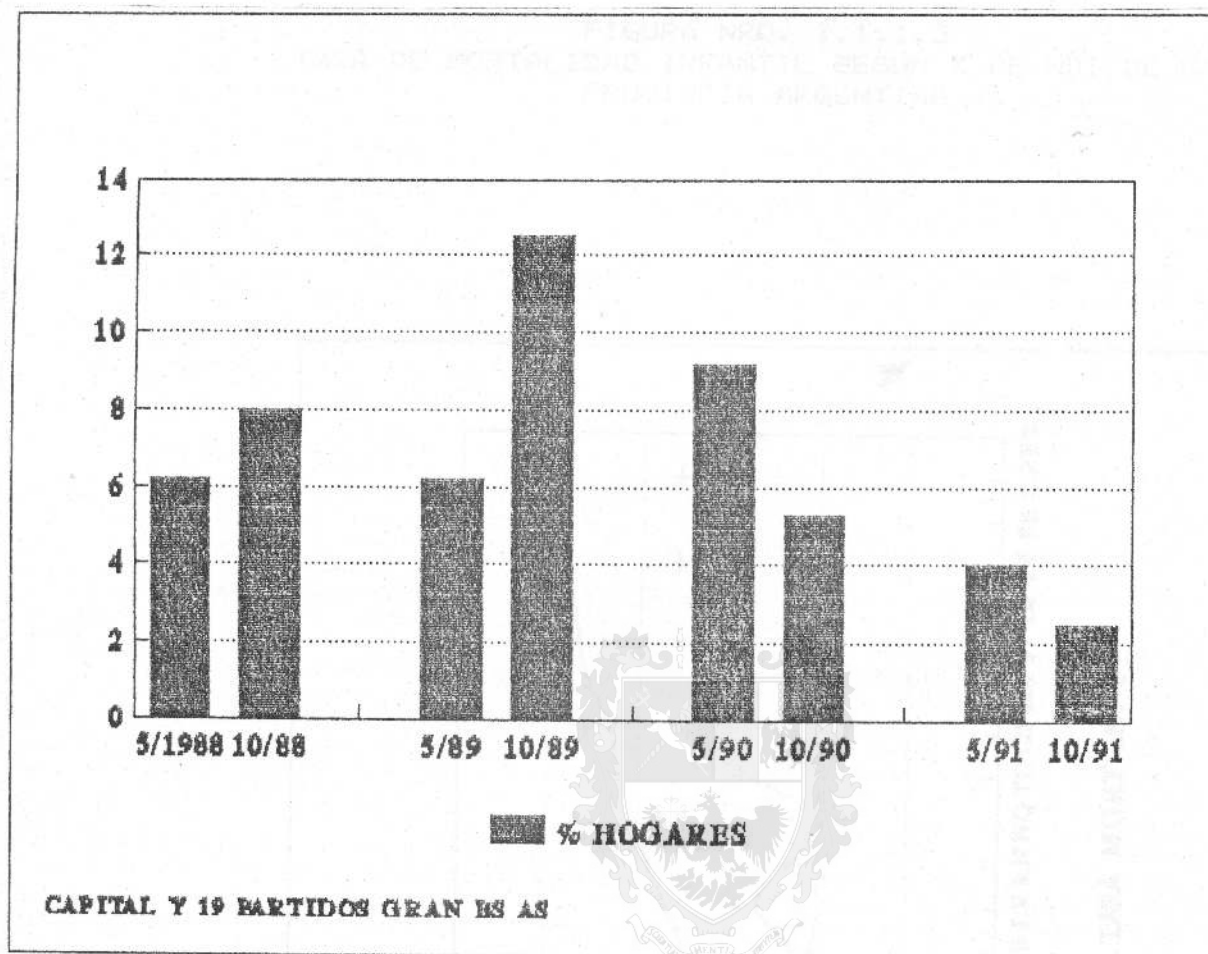


FIGURA NRO. 1.1.1.2
HOGARES BAJO LINEA DE INDIGENCIA 1988-1991



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

Aún cuando este último trabajo ofrezca datos actualizados y al parecer positivos, es preferible utilizar el anterior (1985), porque permite analizar la situación diferencial de todas las provincias y desagregar la situación de "municipios centinelas", siendo, si se quiere y en última instancia igualmente cuestionables las metodologías de ambos estudios.

En este sentido las provincias argentinas pueden ser clasificadas por su porcentaje de población con Necesidades Básicas Insatisfechas según lo expuesto en el cuadro 2

FIGURA NRO. I.1.1.3
TASA DE MORTALIDAD INFANTIL SEGUN % DE NBI DE CADA
PROVINCIA ARGENTINA

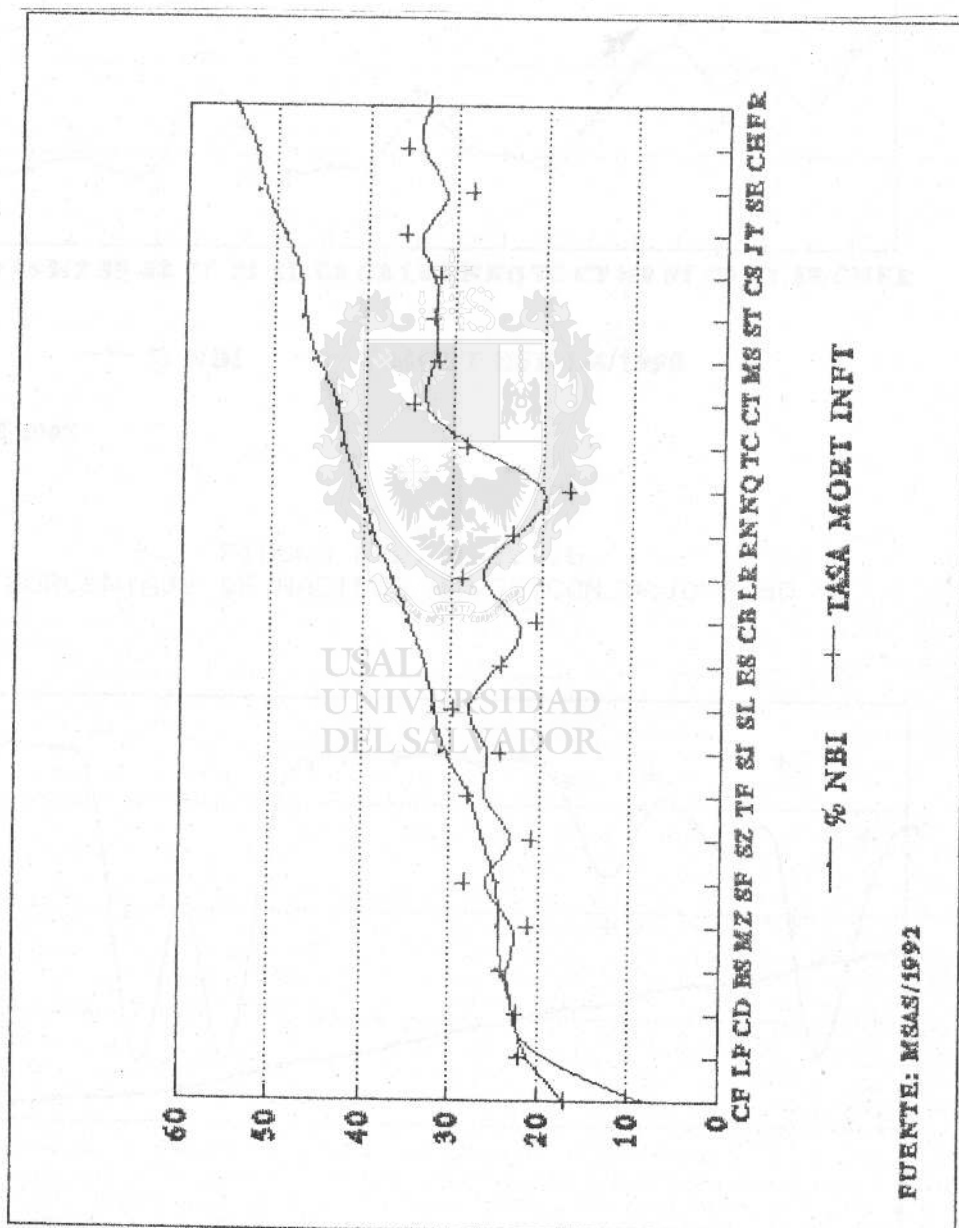
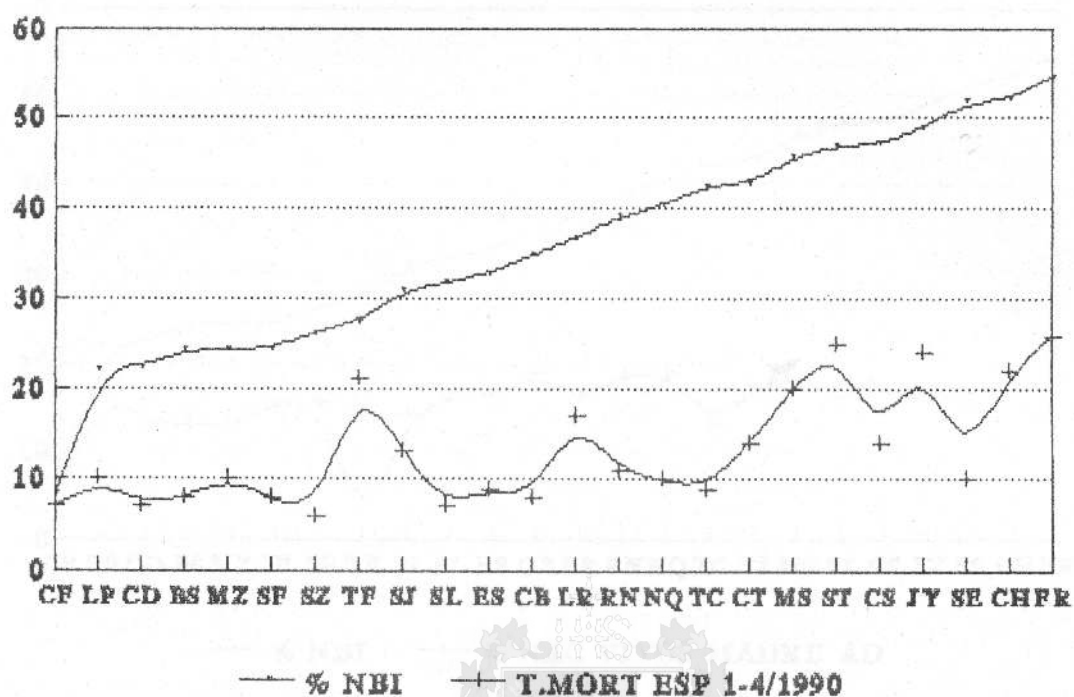
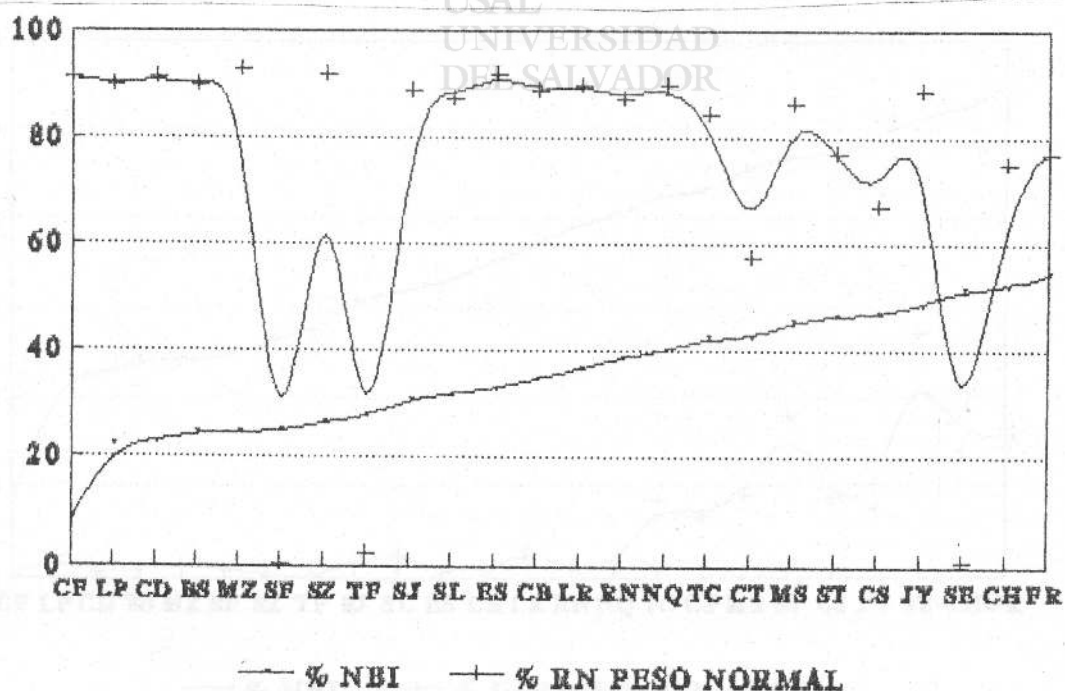


FIGURA NRO. I.1.1.4
TASA DE MORTALIDAD ESPECIFICA 0/00 - NINOS 1-4 AÑOS



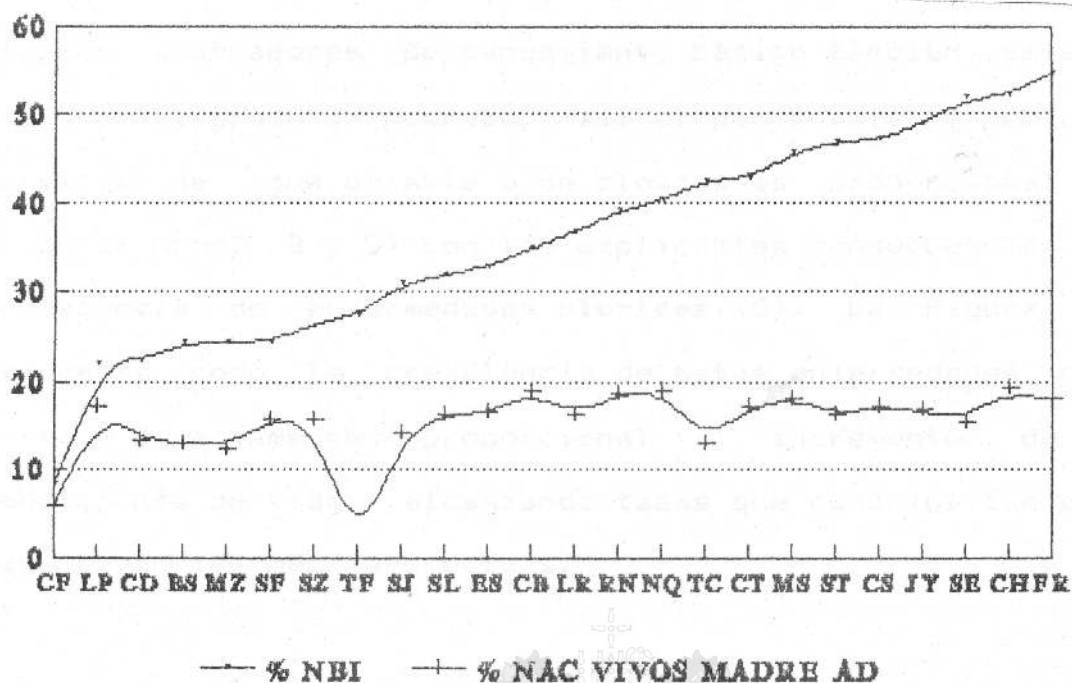
FUENTE: MSAS/1992

FIGURA NRO. I.1.1.5
PORCENTAJE DE NACIDOS VIVOS CON BAJO PESO



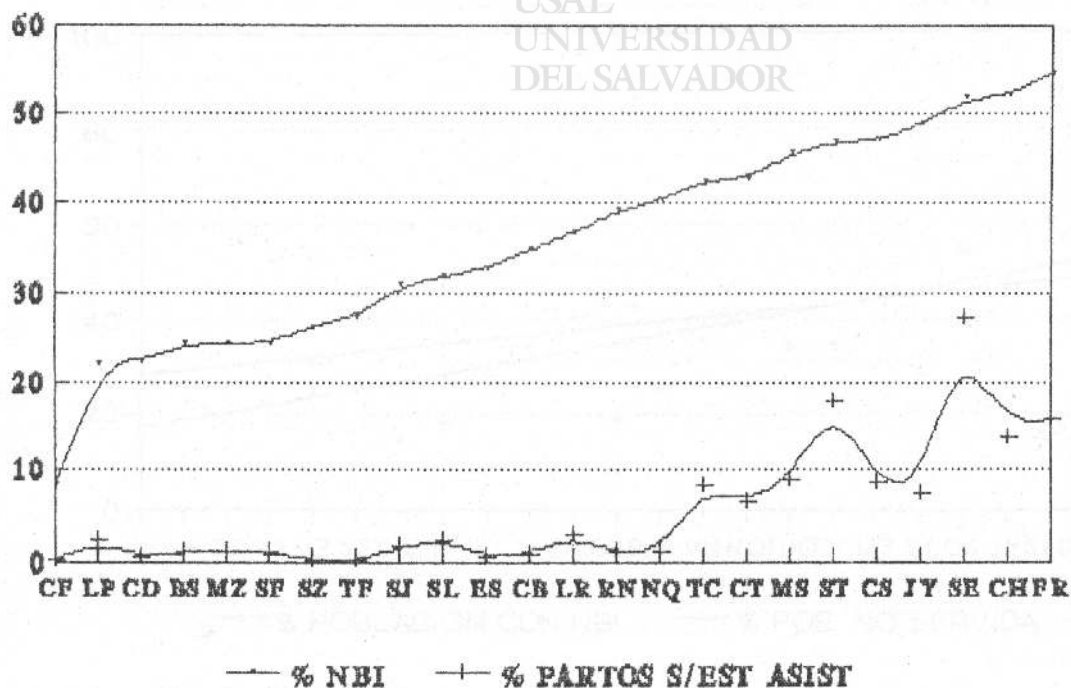
FUENTE: MSAS/92

FIGURA NRO. I.1.1.6
PORCENTAJE DE NACIDOS VIVOS DE MADRE ADOLESCENTE



FUENTE: MSAS/1992

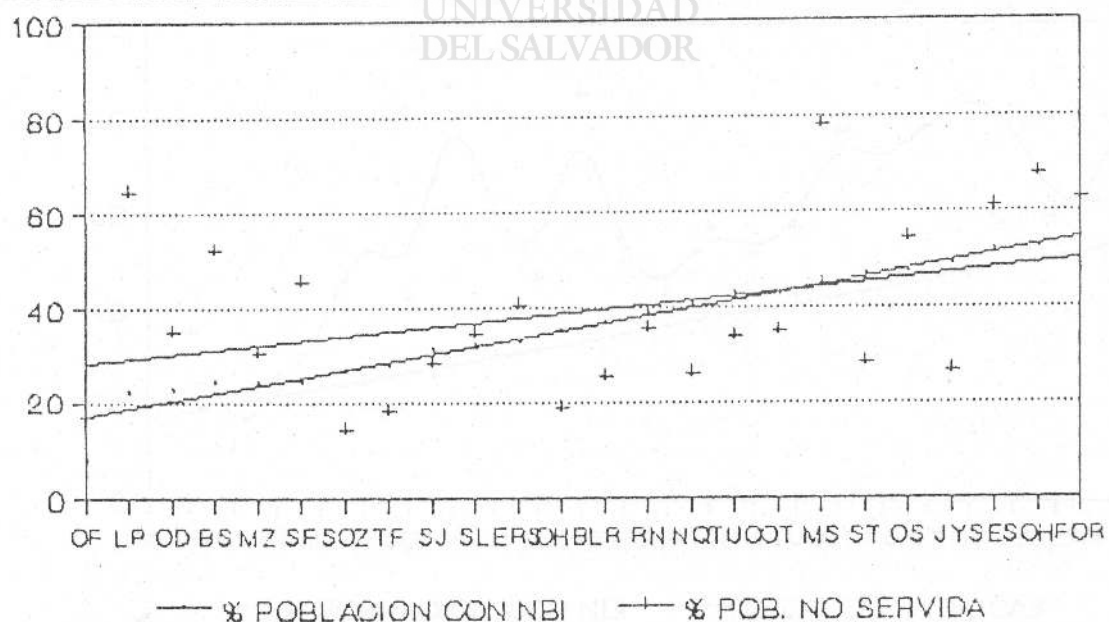
FIGURA NRO. I.1.1.7
PORCENTAJE DE PARTOS REALIZADOS FUERA DE
ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES



FUENTE: MSAS/1992

Si bien forman parte del NBI es importante destacar que algunos indicadores de saneamiento básico también empeoran al aumentar el grado de pobreza, así el porcentaje de población sin servicio de agua potable o de cloacas es proporcional a éste (Figuras Nros. 8 y 9) con las explicables consecuencias sobre la prevalencia de enfermedades hídricas (5). La Figura nro. 10 demuestra como la prevalencia de estas enfermedades crece en forma directamente proporcional al incremento de peores condiciones de vida, alcanzando tasas que cuadriplican a las de las provincias más favorecidas.

FIGURA NRO 1.1.1.8
RELACION ENTRE % NBI Y % DE POBLACION SIN
SERVICIO DE AGUA POTABLE



% POBL. CON NBI/POB. SIN SERV. DE AGUA

FIGURA NRO. I.1.1.9
RELACION ENTRE % NBI Y % POBLACION SIN SERVICIO
DE DESAGUES CLOACALES

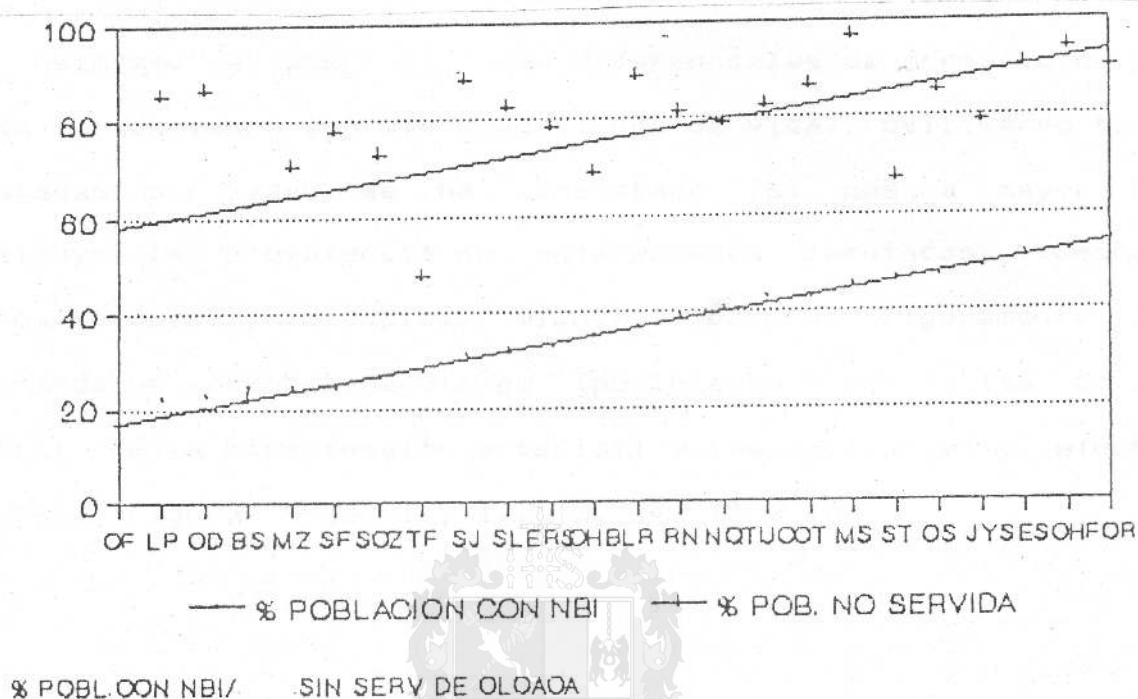
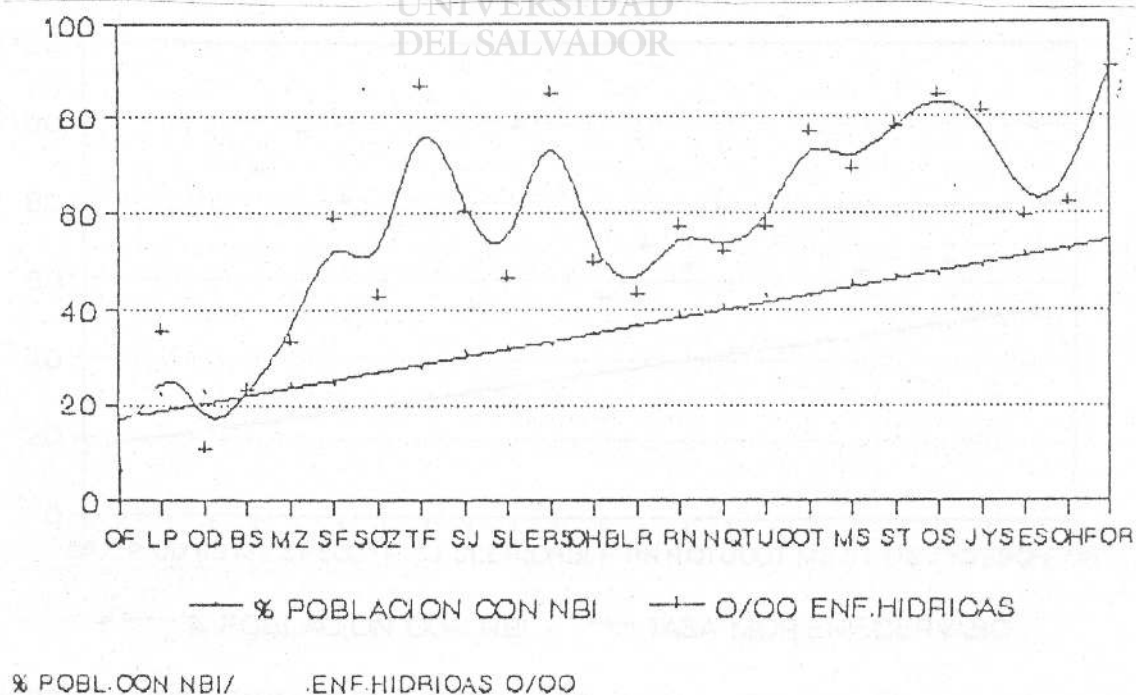
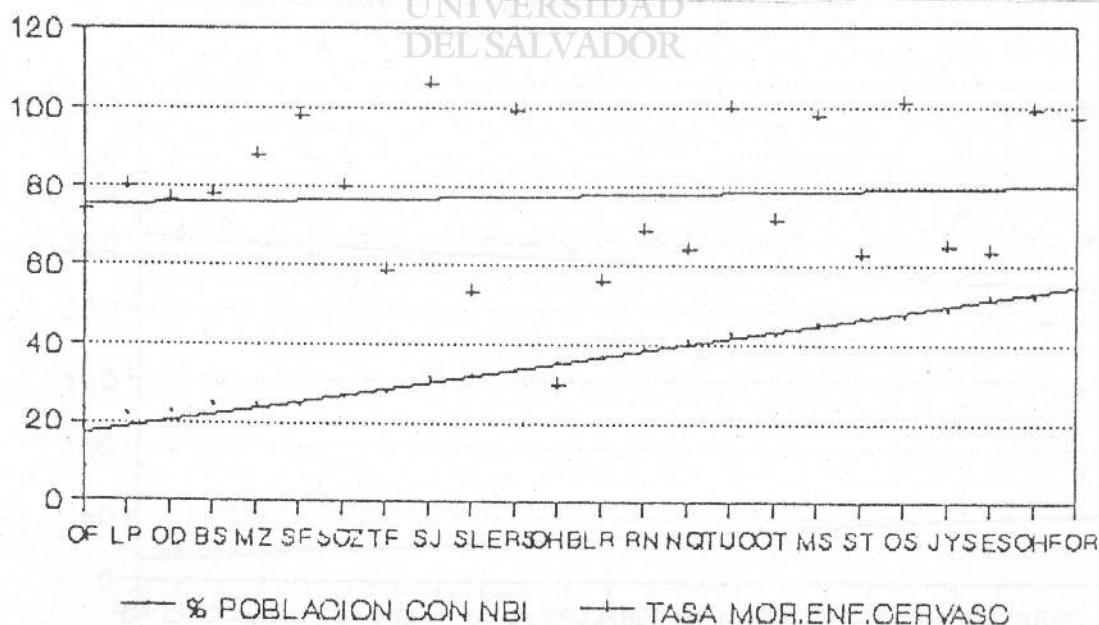


FIGURA NRO. I.1.1.10
INCIDENCIA DE ENFERMEDADES HIDRICAS SEGUN % NBI



Asimismo existen patrones diferenciales de mortalidad por causa, asociados con las condiciones de vida. Utilizando tasas ajustadas por edad se ha constatado (6) que a mayor NBI disminuye la prevalencia de enfermedades cardíacas, tumores, aterosclerosis y diabetes, mientras aumentan ligeramente las enfermedades cerebrovasculares (posiblemente por fallas en el control de la hipertensión arterial) y los accidentes y efectos adversos (Figuras Nros. 11, 12, 13, 14, 15 y 16)

FIGURA NRO. 1.1.1.11
RELACION (TENDENCIA) ENTRE % NBI Y MORTALIDAD
POR ENFERMEDADES CEREbroVASCULARES



% NBI/PREV.MORTXOAUSA/TASA O/OOOO AJ.ED

FIGURA NRO. I.1.1.12
RELACION (TENDENCIA) ENTRE % NBI Y MORTALIDAD
POR ACCIDENTES Y EFECTOS ADVERSOS

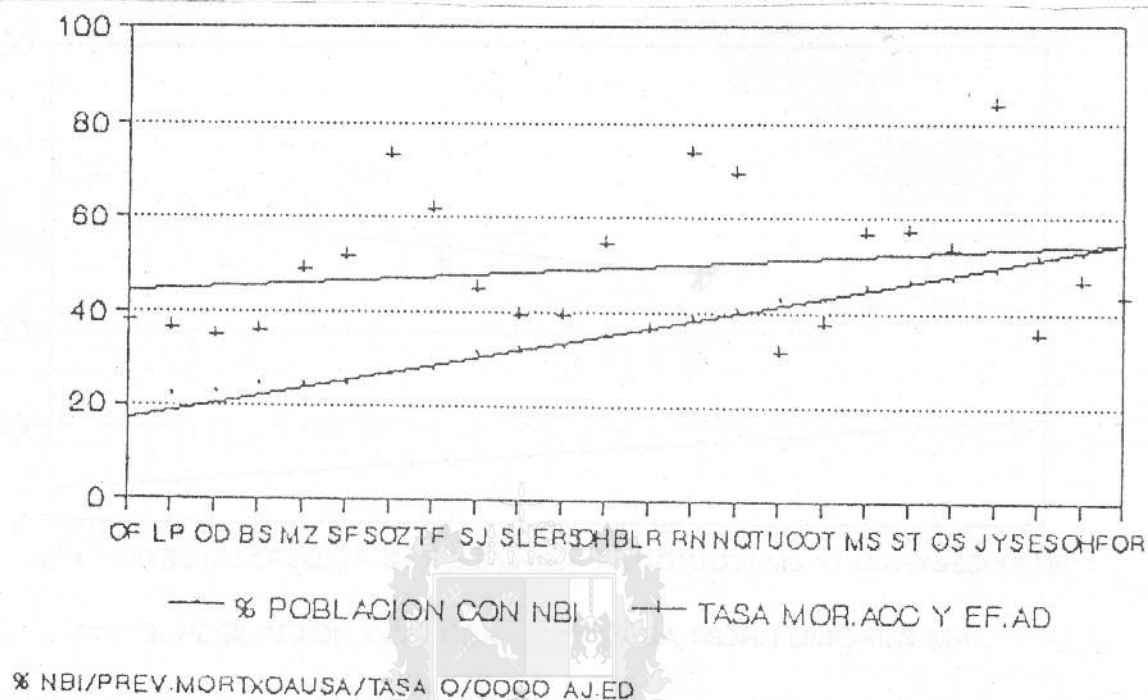


FIGURA NRO. I.1.1.13
RELACION (TENDENCIA) ENTRE % NBI Y MORTALIDAD
POR ENFERMEDADES DEL CORAZON

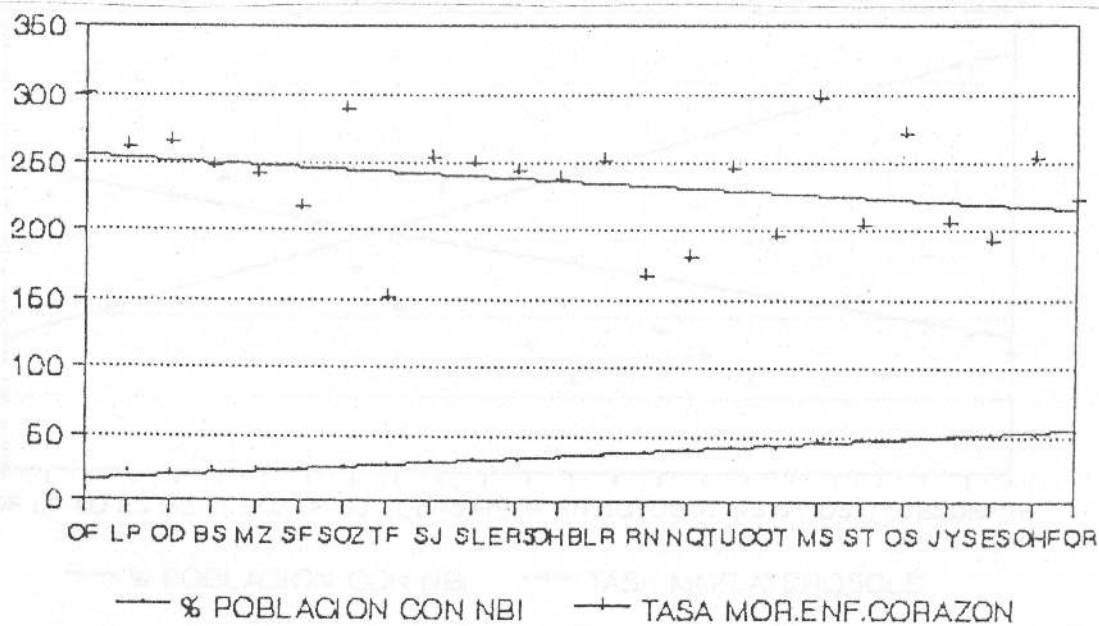
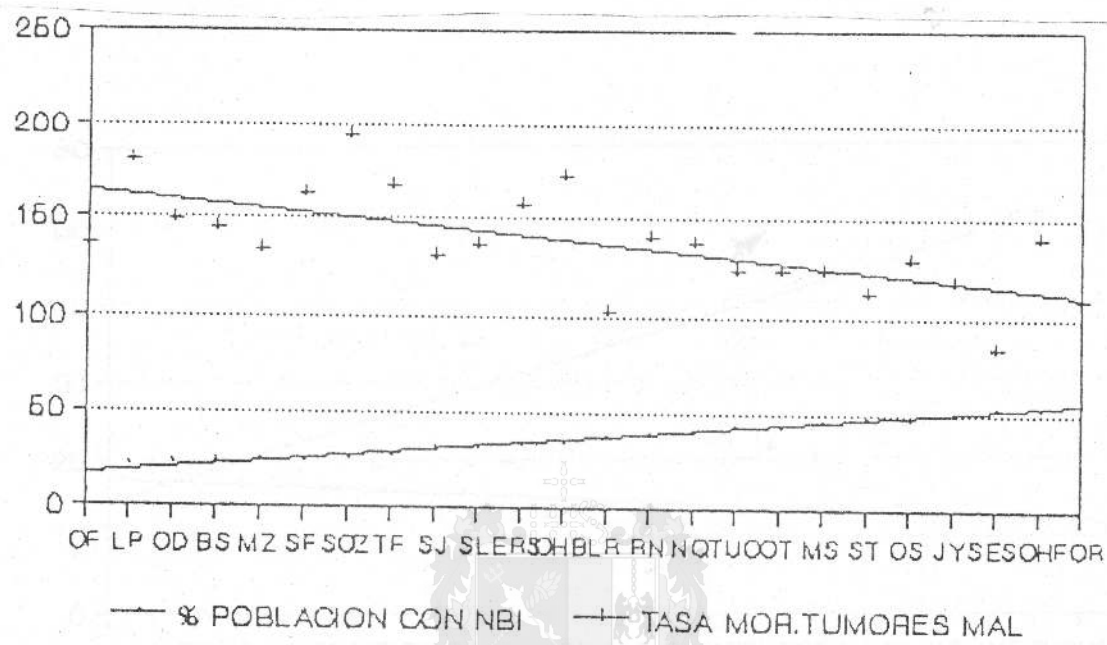
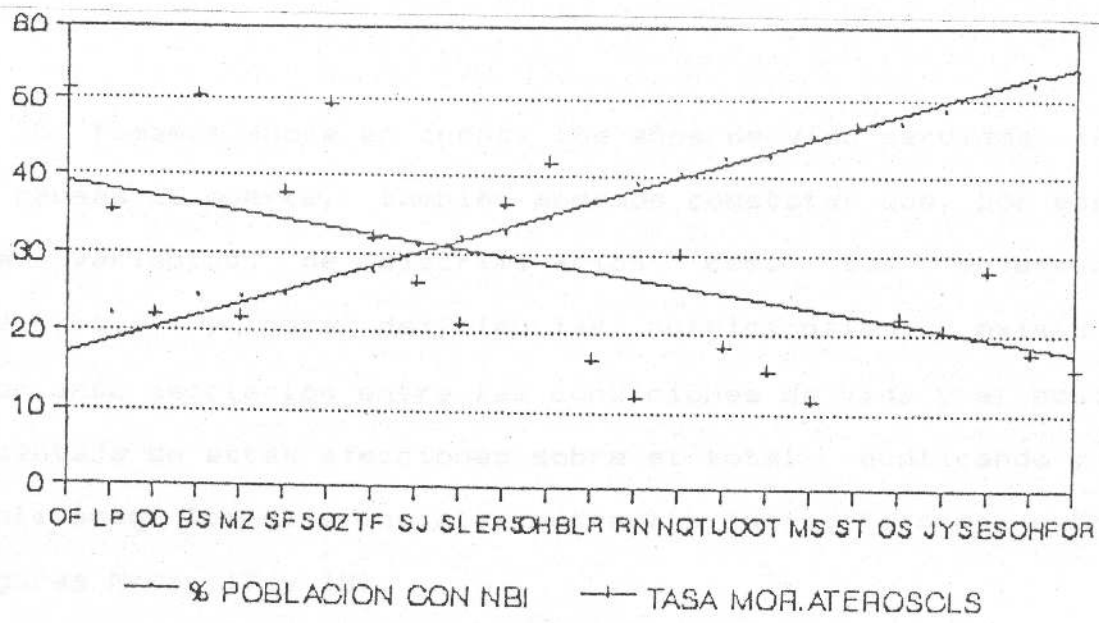


FIGURA NRO. I.1.1.14
RELACION (TENDENCIA) ENTRE % NBI Y MORTALIDAD
POR TUMORES MALIGNOS



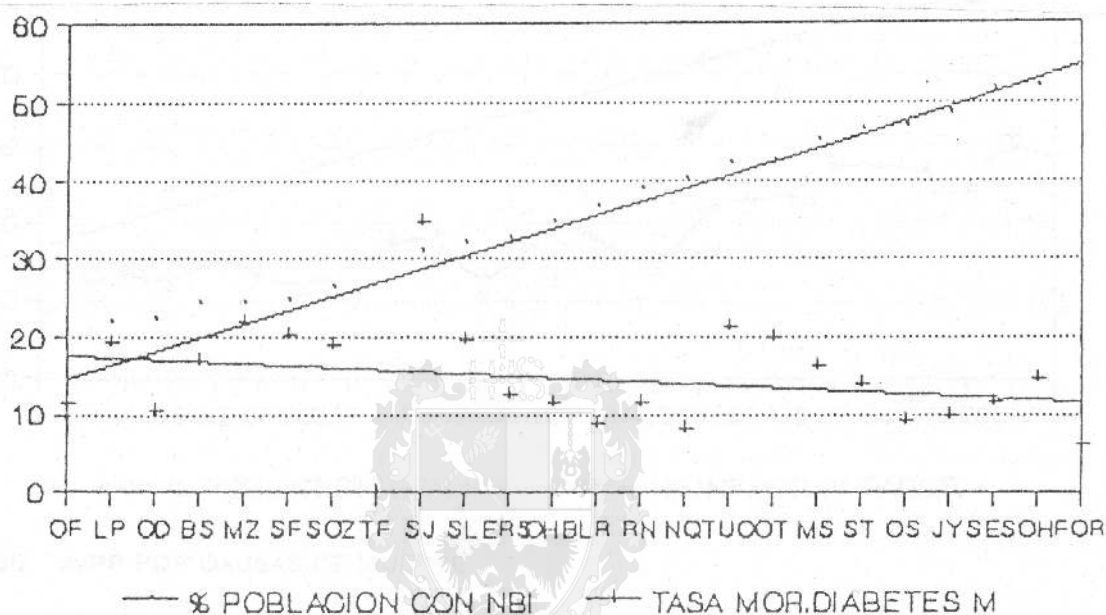
% NBI/PREV.MORTXOAUSA/TASA 0/0000 AJ.ED

FIGURA NRO I.1.1.15
RELACION (TENDENCIA) ENTRE % NBI Y MORTALIDAD
POR ATROSCLOSI



% NBI/PREV.MORTXOAUSA/TASA 0/0000 AJ.ED

FIGURA NRO. I.1.1.16
RELACION (TENDENCIA) ENTRE % NBI Y MORTALIDAD
POR DIABETES

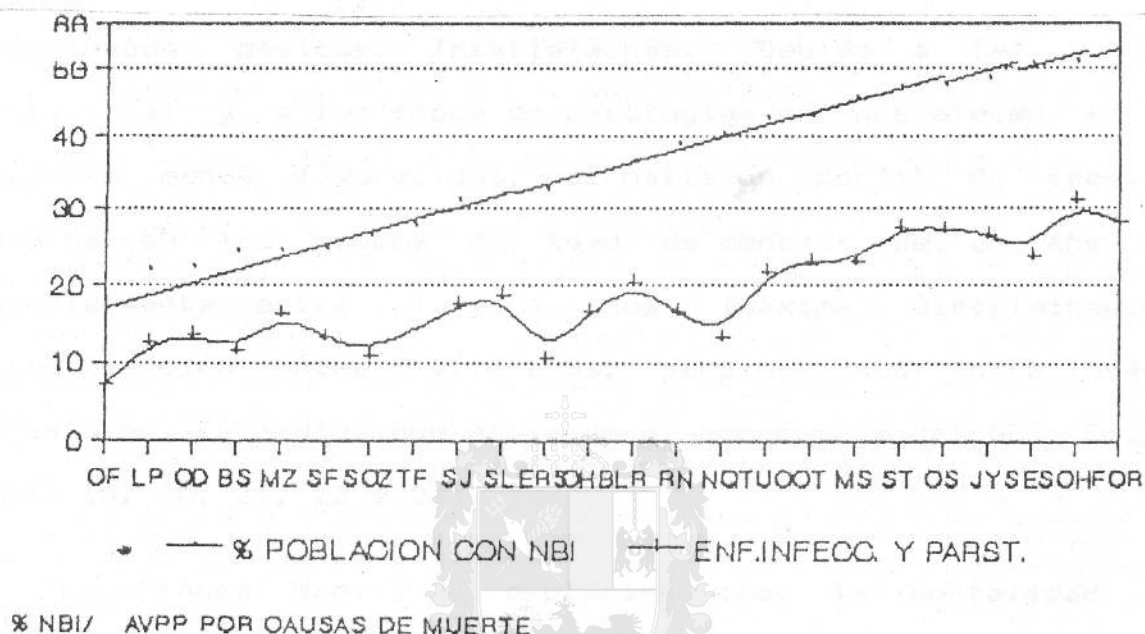


% NBI/PREV. MORTXO AUSA/TASA O/OOOO AJ. ED

USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

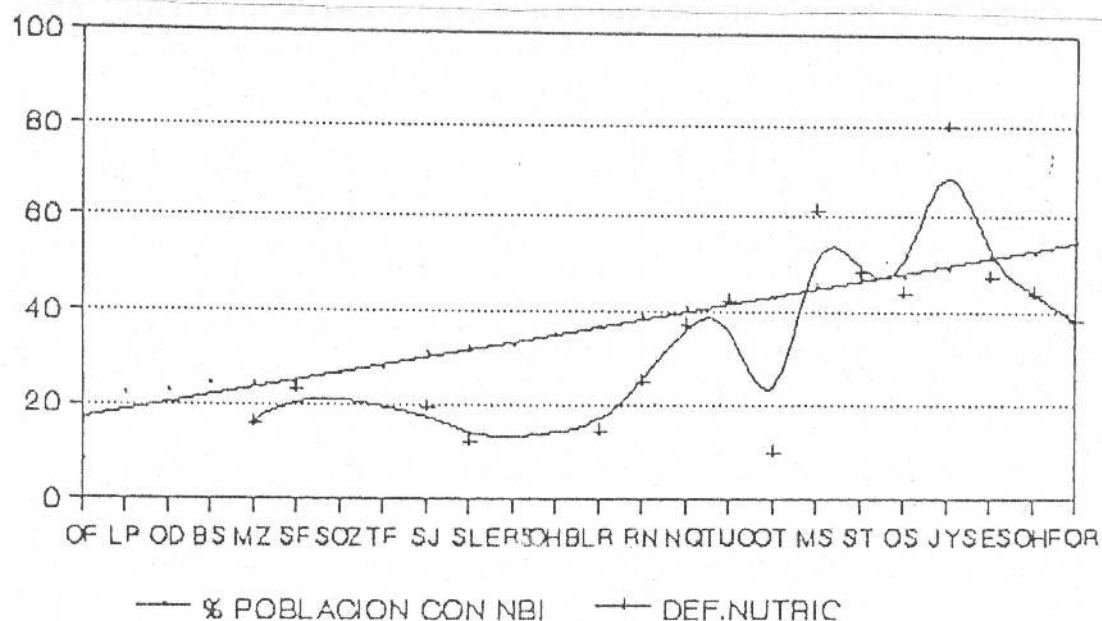
Si tomamos ahora en cuenta los años de vida perdidos (AVPP) por causas de muerte, también podemos constatar que, por ejemplo para variables de discriminación como las enfermedades infecciosas y para deficiencias nutricionales, existe una importante asociación entre las condiciones de vida y el peso del porcentaje de estas afecciones sobre el total, duplicando y aun triplicando los diferenciales entre las jurisdicciones extremas (Figuras Nros. 17 y 18).

FIGURA NRO. I.1.1.17
PORCENTAJE DE NBI (TENDENCIA) Y AVPP POR CAUSA
- ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

FIGURA NRO. I.1.1.18
PORCENTAJE DE NBI (TENDENCIA) Y AVPP POR CAUSA
- DEFICIENCIAS NUTRICIONALES

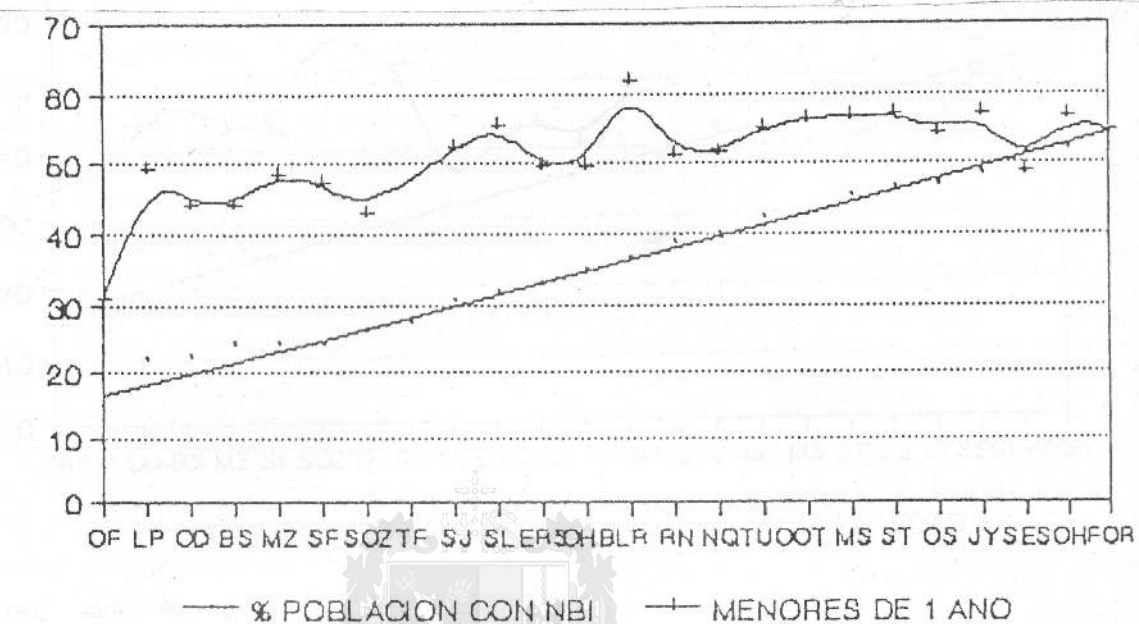


Resulta igualmente esclarecedor la estructura de mortalidad por AVPP para las diez primeras causas de muerte, según necesidades básicas insatisfechas. Debido a la pirámide poblacional y a los tipos de patologías que prevalecen en las regiones menos favorecidas, se halla un perfil de creciente pérdida en los grupos de edad de menores de un año y -especialmente- entre 1 y 4 años (máxima discriminación), estabilización entre 5 y 14 años, para descender entre 15-44 y 45-64, en la medida que asciende el porcentaje del NBI (Figuras Nros. 19, 20, 21, 22 y 23).

La Figura Nro. 24 explicita como la mortalidad por enfermedades infecciosas sigue el perfil de AVPP comentado, alcanzando cifras máximas entre los menores de un año y de 1-4 años en las jurisdicciones con mayor nivel de pobreza.

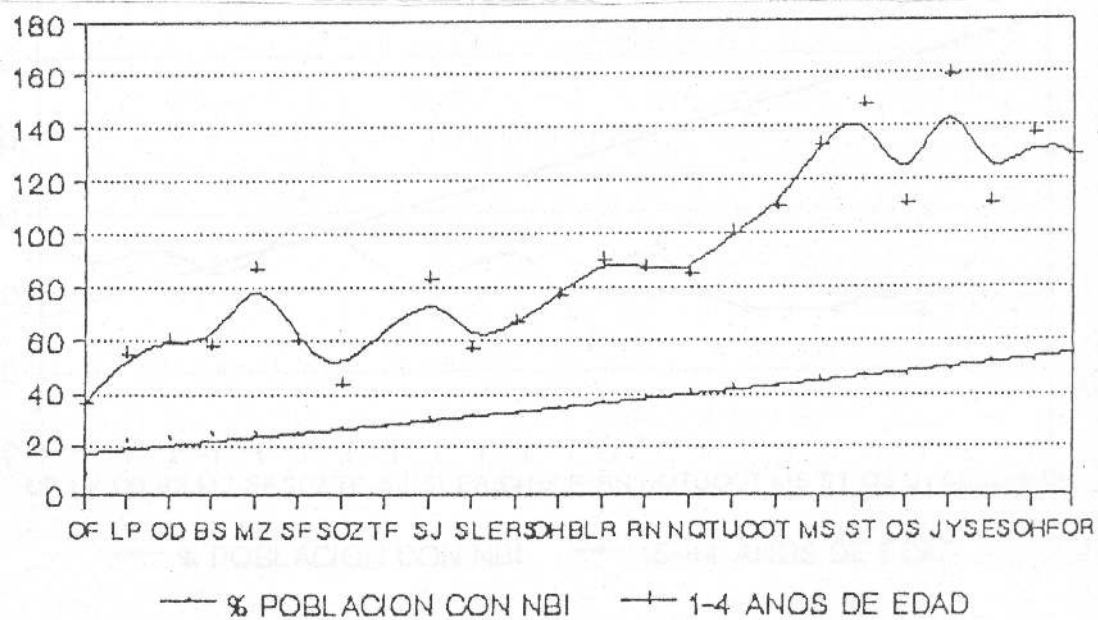
Los egresos por enfermedades transmisibles se hacen en este sentido un dramático indicador de la relación entre condiciones de vida desfavorables y mala situación de salud (Figura Nro. 25).

FIGURA NRD. I.1.1.19



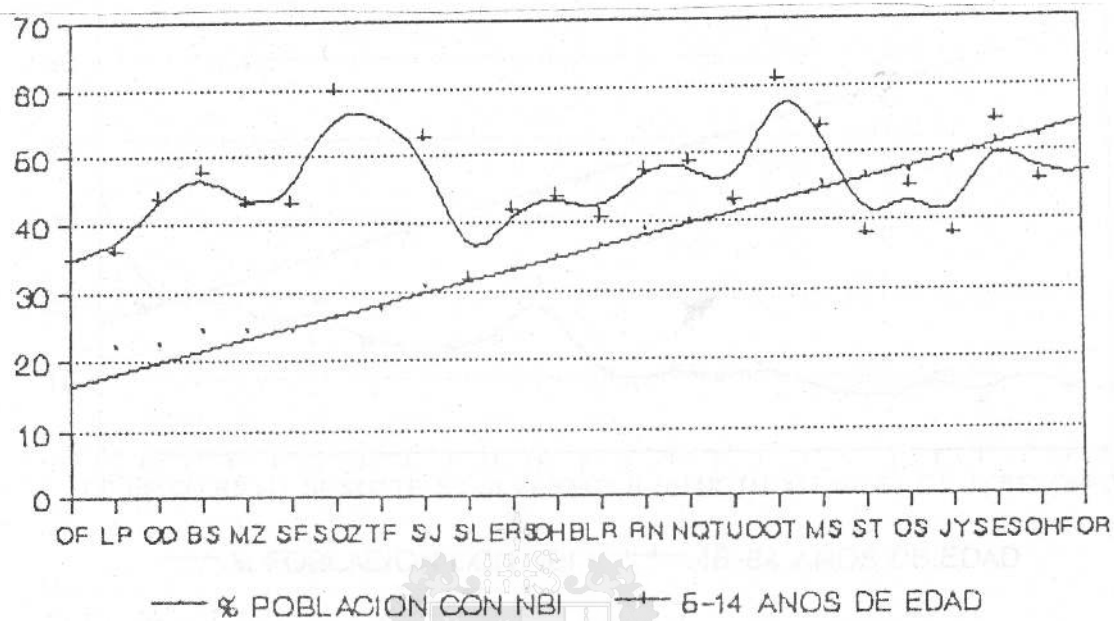
% NBI/ , AVPP POR GRUPOS DE EDAD/10 PS.OS

FIGURA NRD. I.1.1.20



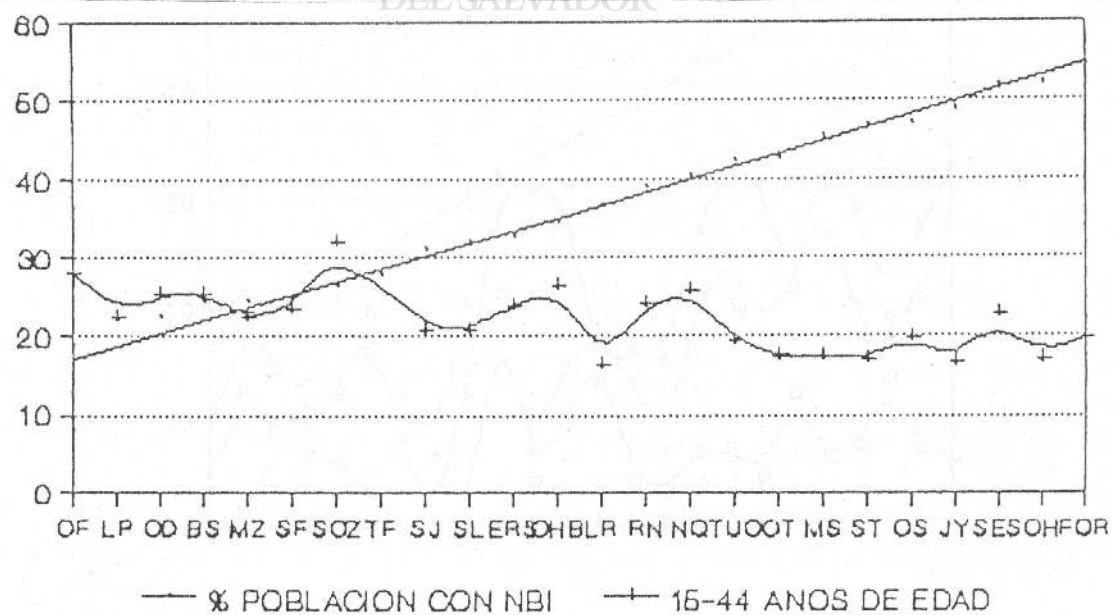
% NBI/ AVPP POR GRUPOS DE EDAD/10 PS.OS

FIGURA NRO. 1.1.1.21



% NBI/ AVPP POR GRUPOS DE EDAD/10 PS.OS

FIGURA NRO. 1.1.1.22



% NBI/ AVPP POR GRUPOS DE EDAD/10 PS.OS